従事年数証明書

住所

氏名

上記の者は、　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日の　　年　　ヶ月の間、下記営業所で医療機器の販売又は貸与に関する業務に従事していたことを証明する。

記

１　名称

２　所在地

　　　　年　　月　　日

住所

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）